

AU SOMMAIRE

DOSSIER

Pages 1 à 4

Edito

Qu'est ce qu'une thérapie réussie?

Par Marie-Gabrielle Bernard

Fin de la thérapie

Par Nelly Butti et
Alain Héril

A LIRE

Page 5

Les femmes et leur sexe
De Heidi Beroud-Poyet et Laura
Beltran

La relation mère-fille, les trois clés
de l'apaisement
De Patricia Delahaie

Le livre des vrais surdoués
De Béatrice Millêtre

Je reviens d'un long voyage
Candide au pays des schizophrènes
De Stéphane Cognon

REDACTION

Responsable de la publication
Marie-Gabrielle Héril
Rédactrice en Chef
Violaine Gelly-Gradwohl

Qu'est-ce qu'une thérapie réussie ?

Par Marie-Gabrielle Bernard



Nous interrogeons souvent ici la forme et le fond de la démarche psychothérapeutique. Et nous vous proposons, ce mois-ci, de réfléchir à l'accomplissement d'une psychothérapie. Qu'est-ce qui signe une thérapie réussie ?

La première chose qui vient à l'esprit est qu'une thérapie réussie est celle qui soulage voire fait disparaître le symptôme. Ou bien celle qui permet d'atteindre un objectif défini initialement. Mais il pourrait y avoir d'autres critères : comme une thérapie où le sujet comprend ses mécanismes et modalités de fonctionnement ; celle où la personne se met en mouvement là où elle était bloquée ; celle où la dynamique transférentielle est puissamment active afin que la force du lien permette la réparation des traumatismes. Ou bien celle qui a été clôturée en bonne et due forme, où le sujet fait l'expérience d'une saine séparation, comme une nouvelle naissance... A moins qu'une thérapie réussie doive se signaler par l'ensemble de ces éléments réunis !

Au-delà de la considération des critères d'évaluation, se pose la question du point de vue. En effet, qui du patient ou du thérapeute valide la réussite d'une thérapie ? Car selon le praticien, la mesure se détermine en fonction de son système de référence, de ses croyances, de ses formations, sa personnalité. D'aucun seront plus attentifs à atteindre un objectif précisément déterminé. D'autres seront sensibles à évaluer le chemin parcouru à l'aune de ce qui a été éclairé, compris, mis en sens, interprété, analysé. D'autres encore seront plus attentifs à la satisfaction du patient quels qu'en soient les motifs.

Dans une approche intégrative avec le regard ESSE, lorsque le patient témoigne à son thérapeute de sa plus grande lucidité émotionnelle, lorsqu'il sait mieux aborder ses transactions sous l'angle de la responsabilité et non plus de la culpabilité, quand du sens a été donné à son existence, faisant de lui un être plus libre, lorsqu'il a (re)trouvé le désir d'être, d'aimer, de vivre, quand le sentiment d'appartenance à la vie dans sa dimension éphémère le rend plus puissant, c'est ensemble que patient et thérapeute font le constat du succès de la thérapie, qui n'est peut-être pas autre chose que le succès de leur rencontre.

.....LA FIN DE LA THÉRAPIE.....

La fin de la thérapie

Il y a des fins de thérapie avortées que nous connaissons tous : le patient cesse de venir, sans prévenir. Il y a des fins de thérapie douloureuses : le patient décide d'arrêter alors que nous sommes en désaccord. Et puis, il y a des fins de thérapie heureuses, signées dans l'achèvement du travail qui a été fait, dans l'accord des deux. Sigmund Freud lui-même, à la fin de sa vie, s'était penché sur cette question avec « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin ». Ce mois-ci, nous donnons la parole à deux approches et deux visions qui pourraient être différentes : celle du psychanalyste, Alain Héril, et celle de la gestaltiste, Nelly Butti (*). Nous leur avons demandé quels étaient leurs critères pour reconnaître, non seulement qu'une thérapie était terminée mais qu'elle était réussie.

La fin de la thérapie est-elle la fin de la plainte, pour reprendre le titre du livre de François Roustang ?

Nelly Butti : La fin de la plainte fait partie de la fin de la thérapie mais c'en n'est qu'un élément, il est nécessaire et insuffisant. Je parlerai plutôt de deuil de la souffrance : certes le patient ne se définit plus seulement qu'au travers de sa souffrance mais ce n'est pas pour ça qu'il est devenu un être entier et libre. La fin de la thérapie parle de liberté et de complétude : être tranquille avec soi dans tous ses espaces et être libre, au sens où nous avons gagné une liberté de parole, d'être et d'agir sans être dans la dépendance du regard de l'autre. Bien sûr, nous restons conscients que le regard de l'autre existe, qu'il est libre de penser ce qu'il veut de nous mais que cela ne nous définit plus.

Alain Héril : Bien souvent et même si c'est très inconscient, la plainte est identitaire chez le patient. Donc, on pourrait plutôt dire que la fin de la thérapie consiste en la fin du lien identitaire à la plainte. Le patient peut prendre des distances par rapport à sa plainte, quelle qu'en soit sa forme, ses mots ou ses maux.

Est-ce à dire que c'est la levée du symptôme qui signe la réussite de la thérapie ?

Alain Héril : On ne peut pas dire, uniformément, que dès que le symptôme se lève, la thérapie cesse car le symptôme peut perdurer, sous une forme

atténuée ou même sous une autre forme. Mais le patient a appris à vivre avec et on peut espérer que le symptôme lâchera plus tard. En attendant, la personne a renforcé son éros, sa capacité de vie, elle a renforcé le vivant à l'intérieur d'elle : elle possède des armes pour lutter contre le symptôme et faire en sorte qu'il soit moins invalidant. On peut donc seulement dire que le symptôme est une espèce de balise par rapport à la fin de la thérapie : soit il s'est levé, soit il est moins invalidant, soit il a pris un sens différent.

Nelly Butti : Oui, avec d'autres éléments. Et, notamment, en bonne gestaltiste, je dirai également qu'une thérapie réussie est celle qui nous a permis de visiter nos contraintes existentielles et d'être le plus libre possible avec chacune d'elle. Cela ne signifie pas que les choses sont « réglées » mais que nous sommes conscients de nos modes de fonctionnement, face à chacune de ces contraintes, et de nos éventuelles stratégies d'évitement. L'idée ce n'est pas d'être dans le jugement et de s'auto flageller mais d'être dans l'acceptation que nous en sommes là. L'acceptation et la tranquillité avec soi sont pour moi des ingrédients de la liberté.

Qui décide de la fin de la thérapie ? Le patient, le thérapeute ?

Nelly Butti : Dans un monde idéal, c'est le patient qui est censé reconnaître la fin de sa thérapie et mettre le mot fin. Après, l'attachement au thérapeute et la peur de la fin (c'est là qu'apparaît la contrainte existentielle de finitude), le patient peut faire semblant que ce n'est pas fini. Je pense à un de mes patients qui, le dernier jour de sa thérapie, est arrivé très en colère parce qu'on avait tous les deux été au clair sur le fait. Pour lui, si une relation s'arrêtait c'est que soit l'un des deux était mort, soit qu'on ne s'aimait plus. Et comme nous étions vivants tous les deux et qu'on continuait de s'aimer alors pourquoi se séparer ? A un moment, la thérapie peut être contreproductive dans le sens où il y a une dépendance à la thérapie. Et là, de mon point de vue il est important que le thérapeute se positionne et dise « on va s'arrêter là ».

.....LA FIN DE LA THERAPIE.....

Alain Héril : Pour moi, c'est le patient qui signe l'arrêt de la thérapie. Et c'est bien : c'est le patient qui décide d'entrer en thérapie, c'est le patient qui vient, c'est le patient qui paye et s'il a acquis suffisamment d'autonomie, il a acquis la capacité de trouver la force ou l'évidence en lui que le travail est terminé. Ou du moins, cette tranche de thérapie là.

C'est comme l'ado qui dit à ses parents : je veux vivre ma vie. Même si, en tant que parent, tu penses qu'il n'a pas les épaules assez solides ou qu'il n'est pas suffisamment armé pour affronter le monde, c'est quand même sa décision, son éros qui s'affirme. A toi de l'accepter et de l'accompagner du mieux possible. En ce qui concerne le patient, c'est à la fois accepter qu'il y ait du vivant en lui et qu'il peut l'activer seul sans l'appui du thérapeute ; qu'il a des ressources intérieures pour avancer, même si ces ressources ne sont pas aussi solides qu'il souhaiterait qu'elles soient.

Après il y a le désir du thérapeute. On peut avoir un patient qui signifie la fin de sa thérapie et considérer que c'est dommage parce que la voie devenait libre pour un terrain différent de thérapie. Pour en revenir à ESSE, on peut, par exemple regretter que le patient nous quitte alors que l'on pouvait avoir envie de l'accompagner sur un chemin plus spirituel. Mais attention : le désir du thérapeute d'accomplir une thérapie parfaite n'est que le renforcement de son narcissisme. Plus à la marge, on peut trouver ces patients qui sont addicts à la thérapie et qui continuent parce qu'ils aiment ce confort qui les empêche de prendre leur liberté. Là, c'est au thérapeute d'énoncer que c'est terminé. Mais c'est peu fréquent. J'entends plus souvent, en supervision, une frustration du thérapeute qui aurait aimé continuer plus loin parce que le contre-transfert est suffisamment massif pour qu'il vive une sensation d'abandon ou d'inachevé.

Quelle est alors la place du thérapeute dans cette décision ?

Alain Héril : Le travail thérapeutique est un renoncement à la toute puissance pour le thérapeute comme pour le patient. Le travail sur les contraintes existentielles, sur la finitude, sur la gestion de la frustration sont en jeu des deux côtés.

Le thérapeute apprend aussi sur lui-même dans ce travail de fin de thérapie. Il y a un travail de libération chez le patient et un travail de deuil chez le thérapeute.

Nelly Butti : Si on est un thérapeute avec un profil de type narcissique, on peut avoir une ambition démesurée pour le patient et être en prise avec un niveau d'exigence qui voudrait qu'on puisse toujours faire mieux et plus. C'est là où le thérapeute pourrait avoir le besoin et l'envie d'emmener le patient dans un endroit où il n'a pas nécessairement besoin ou envie d'aller. Il pourrait donc avoir à redire chaque fois que le patient estime qu'il peut s'arrêter. Là, il peut y avoir un dysfonctionnement. Ou s'il n'est pas au clair avec sa propre contrainte de finitude et qu'il a de grosses difficultés avec l'idée de la séparation et de l'arrêt, il peut estimer que cela peut continuer très longtemps.

Y a-t-il des thérapies ratées ?

Nelly Butti : Cette question me pousse à préciser que, selon moi, il existe deux types de thérapie : la thérapie de soutien et la thérapie de transformation. Ce que David Oban définit par deux postures du patient : la posture du consommateur qui vient chercher des conseils et des résolutions de problèmes, parfois même des recettes. Puis la posture du chercheur, où on est dans l'interrogation.

Dans ce second cas, si on se fie au processus thérapeutique selon Gilles Delisle - reproduction, reconnaissance, réparation - la thérapie nous permet de prendre conscience de nos répétitions et de voir comment on peut réparer. Sachant que tout n'est pas forcément réparable... Une thérapie ratée serait donc une thérapie où il n'y aurait eu que de la reproduction sans prise de conscience, ou une prise de conscience sans réparation et le patient resterait prisonnier de ses schémas de fonctionnement, reproduisant en permanence les mêmes choses, souffrant des mêmes choses et en permanence défini par sa souffrance.

Bien sûr, il y existe différentes tranches de thérapie qui expliquent qu'en fonction des âges et des périodes de vie, on n'est pas aux prises avec les mêmes problématiques, les scénarii peuvent évoluer et prendre des formes un peu différentes.

.....LA FIN DE LA THERAPIE.....

Les systèmes de croyance peuvent également évoluer : ce n'est pas parce qu'on est libéré de certaines vieilles croyances qu'on est libéré de toutes les vieilles croyances. Il y a des modes de fonctionnement qui sont très adéquats à une certaine période de la vie, qui ne le sont plus à une autre période et qui deviennent caducs voire carrément toxiques. Donc, si on met en place des modes de fonctionnement différents, à l'issue d'une première tranche de thérapie, on peut avoir besoin d'y revenir à une période ultérieure ; on ne va pas forcément poser le même regard sur les mêmes problématiques parce que l'expérience de vie est là.

Alain Héril : A partir du moment où il y a eu une alliance thérapeutique, un transfert et un contre-transfert suffisamment vécus, engagés d'un côté comme de l'autre, il n'y a pas de thérapie ratée. En revanche si le patient est dans la résistance constante au transfert, la thérapie est ratée parce qu'elle n'a pas commencé. C'est une thérapie en faux-self. De toute façon, cela ne dure pas... Mais quand cela a existé, même s'il reste quelque chose qu'on peut considérer comme massif à découvrir chez le patient, pour moi la thérapie est réussie. Il peut y avoir une thérapie en suspens sur certains actes thérapeutiques : cela ne veut pas dire que cette tranche est ratée, cela veut dire qu'elle sera peut-être reprise plus tard, avec quelqu'un d'autre. Il y a des thérapies partielles mais ce n'est pas parce qu'elles sont partielles qu'elles sont ratées.



(*) Vous pourrez faire connaissance avec Nelly Butti à la rentrée : elle animera les quatre jours de stage sur les contraintes existentielles, du 5 au 8 octobre.

Sigmund Freud :

« L'analyse est terminée quand l'analyste et le patient ne se rencontrent plus pour l'heure de travail analytique. Ils agiront ainsi lorsque deux conditions sont à peu près remplies ; la première, que le patient ne souffre plus de ses symptômes et ait surmonté ses angoisses comme ses inhibitions ; la seconde, que l'analyste juge que chez le malade tant de refoulé a été rendu conscient, que l'on n'ait pas à craindre la répétition des processus pathologiques en question. Finalement, l'analyse doit instaurer les conditions psychologiques les plus favorables aux fonctions du moi ; cela fait, sa tâche serait accomplie. »

In L'analyse avec fin et l'analyse sans fin (1937)

Oui, la psychanalyse guérit

J.-D. Nasio



Dans son dernier livre le psychanalyste JD Nasio affirme : « Oui, la psychanalyse guérit ! ». Assertion étonnante qui laisserait entendre que le but d'une cure analytique n'est pas nécessairement la guérison ! A

partir de concepts nouveaux (l'inconscient instrumental entre autres) l'autre redessine la dynamique thérapeutique dans la cure et ouvre le champ d'une psychanalyse en mouvement, créatrice et moderne. Il s'appuie sur des cas cliniques pour démontrer son propos.

Voici un livre indispensable et étonnant qui devrait déranger certains (attachés à une vision froide et absconse de la psychanalyse) et enthousiasmer d'autres qui découvriront ici combien la psychanalyse n'est pas un fruit mort au XX^e siècle mais une voie toujours pertinente de la psychothérapie contemporaine

Les femmes et leur sexe

De Heidi Beroud-Poyet et Laura Beltran



Psychologues et sexologues, les deux auteures s'appuient sur leurs connaissances mais également leur clinique, pour évoquer tout ce qui peut entraver le désir et le plaisir des femmes. Partant du constat que nombre d'entre elles ne vivent pas une sexualité épanouie pour cause de douleurs, de manque de désir, de blocages elles ont écrit un livre, accessible à tous, qui évoque tous les âges de la libido féminine. Rien de révolutionnaire mais un excellent recueil de beaucoup de notions et d'informations éparses, à conseiller à nos patientes.

Payot, 18,50 €

La relation mère-fille, les trois clés de l'apaisement

De Patricia Delahaie



Quinze ans après son best-seller « Être la fille de sa mère et ne plus en souffrir », la psychologue Patricia Delahaie a repris son enquête auprès d'une centaine de mères et de filles et trace un nouveau bilan de ces relations parfois difficiles. Elle délimite trois clés d'apaisement possibles. D'abord la compréhension : comprendre comment se construisent les liens mère-filles dès le projet de grossesse et en inévitable référence à l'enfance de la mère et ses propres relations avec la sienne. Ensuite, l'ajustement : l'ajustement à sa mère et à ses failles éventuelles mais également l'ajustement avec les attentes de la fille. Enfin, l'amour... L'amour envers l'autre mais également envers soi-même, comment se pardonner d'abord à soi-même pour être capable d'entendre l'autre différemment. Cette troisième partie est la plus intéressante parce qu'elle nous renvoie notre co-responsabilité.

Leduc.s, 17 €

Le livre des vrais surdoués

De Béatrice Millêtre



Après de longues années à travailler et à écrire sur personnes à haut-potentiel, la psychologue remet les pendules à l'heure. Non tous les enfants hyperactifs ne sont pas surdoués ; non les personnes hypersensibles ne sont pas toutes

surdouées ; non nous ne sommes pas tous, plus ou moins, des surdoués qui s'ignorent. Et surtout, à l'appui de nombreuses vignettes cliniques, elle s'insurge contre cette nouvelle mode qui voudrait que les surdoués sont des gens malheureux que personne ne comprend. A l'aide d'études et des nouvelles découvertes en neuro-sciences, Béatrice Millêtre remet les pendules à l'heure sur ce qu'est réellement un surdoué : elle démontre les modes si particuliers de leur mode de fonctionnement cérébral et les aborde dans leur vie quotidienne relationnel, au travail, en couple, en amitié. C'est un livre qui sort enfin du nouveau cliché si tendance selon lequel être surdoué serait très fréquent et rendrait malheureux...

Payot, 18,50 €

Je reviens d'un long voyage Candide au pays des schizophrènes

De Stéphane Cognon



Alors qu'il avait 20 ans, l'auteur (qui en a aujourd'hui 48) a été atteint d'une flambée délirante schizophrénique. Hospitalisé pendant deux mois puis réintégré lentement dans la vie active, il raconte, vingt ans plus tard, ce qu'il appelle son voyage. A l'aide d'une succession de saynètes, parfois émouvantes, souvent très drôles, il dépeint ses troubles, ses rencontres, ses soins, ses proches. Mais son humour, son détachement et surtout un formidable entourage de soignants et d'amis l'ont conduit sur le chemin d'une forme de guérison. C'est un vrai message d'espoir qu'offre ce court récit, loin des stigmatisations et des clichés sur la schizophrénie.

Edition Frison Roche, 13,50 €